

## Un caso de osteomielitis postraumática en un enterramiento medieval

En el yacimiento de "Les Mesquites" en Salzadella (Castellón), datado provisionalmente en la primera mitad del siglo XIII, se exhumaron los restos óseos de un individuo joven -entre 15 y 20 o 21 años-, varón, que presentaba evidencias de una antigua lesión en la cara posterior del tercio superior del fémur derecho. Al considerar importante esta anomalía, se procedió a su estudio anatómico y antropométrico y a la realización de las pruebas complementarias necesarias para alcanzar un diagnóstico de la lesión.

### EXAMEN MACROSCÓPICO

Nos encontramos ante un fémur incompleto que mantiene parte de la apófisis proximal, la diáfisis y el arranque de la apófisis distal. Junto a este hueso, "in situ", se encontraba la cabeza femoral, desprendida por la línea epifisaria.

La cabeza se encuentra en bastante buen estado de conservación, siendo la superficie metafisio-epifisaria muy rugosa.

En la cara anterior del cuello, la línea intertrocántérea se ha reabsorbido o bien estaba muy poco desarrollada pues es inapreciable, sin embargo, sí está bien marcada la cresta intertrocántérea en la cara posterior, de la que sólo se conserva el arranque del trocánter menor con su superficie metafisio-epifisaria y el arranque del tubérculo cuadrado.

El cuerpo de este fémur presenta una línea áspera bien marcada. La cara posterior está bien delimitada

en su borde medial por la línea espiral y en su borde lateral por una tuberosidad glútea muy pronunciada. En esta cara, a nivel del punto de inserción del músculo pectíneo y el abductor menor, aparece una prominencia ósea muy rugosa y de contorno elipsoidal, de unos 5,7 cm. de longitud y 1,7 cm. de amplitud. Por su borde medial y a lo largo de los dos tercios superiores, discurre un surco de una profundidad media en su abertura de 1,5 mm. que se abre, en el tercio inferior de la prominencia, para alcanzar una amplitud de 2,5 mm. y una profundidad de 0,5 mm.. En el tercio inferior de su superficie, esta prominencia presenta una fosita irregular y algunos orificios. En su borde lateral, a 1,2 cm. del vértice superior, presenta una pequeña arcada ósea de unos 2 mm. de diámetro, discurriendo por su interior un pequeño surco que se prolonga hasta la línea áspera.

El tercio inferior de este fémur está muy deteriorado, y sólo se conserva, de sus estructuras, la línea supracondílea lateral, pues la medial está prácticamente reabsorbida y la epífisis distal se ha desprendido, más o menos, a nivel de la línea epifisaria, no apreciándose ninguna evidencia del grado de sinostosis en este extremo.

### EXAMEN RADIOLÓGICO

Para su estudio radiológico realizamos, primero, una proyección antero-posterior de ambos fémures, a una distancia foco-película de 100 cm., en la que observamos:



Foto 1: Fotografía de la cara posterior del fémur derecho donde se observa la lesión descrita.

- El canal medular del fémur derecho es mayor que el del izquierdo (hemos tenido la precaución de orientar igualmente uno y otro fémur).
- El fémur derecho presenta una convexidad exterior mayor que la de su gemelo.
- En ambas diáfisis distales aparecen unas condensaciones óseas que, si bien podrían parecer en un principio las típicas líneas de Harris, son debidas a la existencia de restos de trabéculas óseas en el interior.

Posteriormente, en una misma placa, realizamos tres proyecciones básicas (antero-posterior, axial a 45° y lateral) de la mitad proximal del fémur derecho, con la intención de determinar, la profundidad de la prominencia que estudiamos, y su estructura ósea.

En estas proyecciones podemos observar que esta prominencia ofrece imágenes radiológicas de escasa

condensación ósea, si bien es posible distinguir su contorno por la presencia de los surcos medial y lateral. Sí observamos, en todas ellas, la existencia, a nivel del tercio proximal de la prominencia, de un trayecto fistuloso que se orienta desde el borde medial de la prominencia hasta el canal medular, siguiendo una trayectoria ascendente.

Excluyendo las imágenes debidas a restos de tierras, que nos ha sido imposible eliminar, y a una fractura póstuma, reconstruida con adhesivo de Nitrato de Celulosa, no observamos evidencias de ninguna otra anomalía o particularidad.

### CONCLUSIÓN

El examen macroscópico y radiológico de esta prominencia, ofrece algunas particularidades que conviene tener en cuenta a la hora de extraer conclusiones sobre su posible etiología:

- La primera de ellas es la gran similitud y coincidencia de los bordes del surco medial, en sus dos tercios superiores, que hacen suponer, en un principio, un origen traumático de la lesión, posiblemente por una herida profunda con un utensilio cortante, que llegó a incidir sobre el hueso.
- La segunda es la observación, en el tercio distal del surco medial, de reacción ósea al traumatismo anteriormente citado, puesta de manifiesto por una pérdida de profundidad del surco y la redondez de sus bordes.

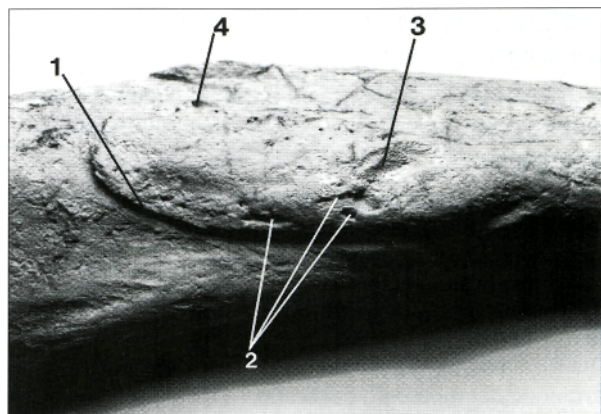


Foto 2: Ampliación de la foto 1. Detalle. 1 Surco. 2 Orificio de desagüe. 3 Fosa. 4 Arcada ósea.

- La tercera, corresponde a la presencia, en esta prominencia, de algunos orificios, preferentemente dispuestos a uno o dos milímetros de ambos surcos, de los que destaca uno que, situado aproximadamente sobre la mitad de esta prominencia y a un milímetro del surco medial, se dirige con una trayectoria ascendente hasta el canal medular.
- Otra particularidad a destacar, proviene esta vez de la pequeña fosa que se encuentra situada en el tercio distal de la superficie de la prominencia, que ofrece en su "suelo" un tejido óseo de aspecto granuliforme, con una proliferación de pequeños orificios hacia el surco medial.
- La presencia del arco en el tercio proximal del surco lateral, evidencia una reacción hiperostótica que debió englobar algún vaso, nervio, músculo o aponeurosis.

Valoradas todas estas evidencias, es nuestra opinión que esta lesión fue debida a un traumatismo, que desencadenó una osteomielitis; explicando así la existencia de los orificios, que no serían otros que las típicas cloacas de Weismann para el desagüe, y la prominencia o involucrum, producida por la intensa reacción ósea perióstica, en la que observamos huellas (la fosa de su superficie) dejadas por un posible absceso o incluso por un sequestro óseo.

La reacción ósea, evidenciada en el tercio distal del surco medial, pone de manifiesto que el individuo en cuestión sobrevivió a la lesión, que seguramente evolucionó hacia la cronicidad, pero no lo suficiente como para regenerar todo el tejido óseo dañado.

La osteomielitis es una enfermedad ósteo-infecciosa, que por sí sola tiene suficiente entidad como para poder ocasionar la muerte, dependiendo ello tan sólo, de la extensión y localización de la lesión, y del estado general del individuo que la padece. Teniendo en cuenta la época a la cual pertenecen los restos encontrados, estas lesiones o bien tendrían a la cronicidad, con las consiguientes secuelas, o terminaban con la muerte a corto plazo, siendo francamente rara su curación.

#### BIBLIOGRAFÍA

BARCELÓ, P. y VILASECA SABATER, J.M.; 1979: Enfermedades del aparato locomotor. A. *Pedro-Pons Patología y Clínica Médicas*, tomo III, pp. 697-706.



Foto 3: Detalle de los orificios de desagüe (cloacas de Weismann) y del surco.



Foto 4: Radiografía antero-posterior de ambos fémur.